

Macro-centros de salud con micro-especialistas. Fragmentación y destrucción de la atención primaria.

Juan Gervas, Doctor en Medicina, médico general rural jubilado, Equipo CESCA, Madrid, España

Mercedes Pérez-Fernández, especialista en Medicina Interna, médico general jubilada, Equipo CESCA, Madrid, España.

jgervas@gmail.com equipocesca.org @JuanGrvas mpf1945@gmail.com

“Tengo la piel en el 4º, el hígado en el 6º, el coco en el 3º...¡es una pasada!”

Se enseña medicina, en general, sobre un modelo teórico de enfermo con una sola enfermedad, varón blanco de edad media, heterosexual y culto. De hecho, en la mayoría de los ensayos clínicos se seleccionan de tal manera los participantes que también reproducen este modelo teórico. Es decir, no es fácil encontrar información y ciencia sobre los pacientes “normales”.

Lo normal es tener varios problemas de salud, sean biológicos, psicológicos y/o sociales. El cirujano sudafricano Saint enfatizó en el siglo XX la posibilidad de que un paciente presentara simultáneamente varios problemas de salud *que explicaran el conjunto de sus síntomas y signos; su “triada” se refiere a la coexistencia de hernia hiatal, litiasis biliar y diverticulosis de colon. Parece un estrambote pero es cierto, y se atribuye a Hickam, el dicho de que “un paciente puede tener al mismo tiempo las enfermedades que le dé la gana”.*

El sistema sanitario responde a tal posibilidad con la fragmentación, y por ello un paciente con SIDA y complicaciones varias puede explicar a un amigo con el que coincide en el hospital que “Tengo la piel en el 4º, el hígado en el 6º, el coco en el 3º...¡es una pasada!”. Con ello se daña al paciente y disminuye la eficiencia del sistema sanitario.

La moda dicta centrarse en el paciente pero olvida la relación de agencia

Lo actual es defender una medicina personalizada que llega al extremo de ser una medicina centrada en la genética, no en la persona. Es decir, el interés está en “personalizar la respuesta según genética”, e incrementar los beneficios.

La medicina 4P (Participativa, Personalizada, Predictiva, Preventiva) no es más que una amalgama de moda que se sazona con la cronicidad y la estratificación del riesgo. “Cronicidad Avanzada” y “Medicina 4P” suenan a futuro, pero es el mismo engaño de siempre, la indiscriminada promesa del “ahorro y control del gasto” que lleva a más

negocio y beneficios de accionistas que ponen sus intereses por delante de los intereses de la sociedad y de los pacientes.

Para centrarse en al paciente hay que conocer su cultura, sus valores y sus expectativas vitales, y trabajar según una relación de agencia. No se trata de ofrecer al paciente lo que el médico querría que le ofrecieran a él mismo sino de facilitar información para la toma de decisión del paciente en forma que el mismo paciente pueda elegir como si fuera el propio médico (con la experiencia y formación del profesional); es lo que se llama “relación de agencia”

(“La economía en sanidad y medicina: instrumentos y limitaciones” 1991)

<https://www.upf.edu/documents/2984046/2986000/EconomiaSanidadMedicina1992.pdf/1b7dfe14-581c-4ba0-a3a5-cbf45de4c0f6>

(“The Economic Theory of Agency: The Principal’s Problem” 1973)

<https://www.aeaweb.org/aer/top20/63.2.134-139.pdf>

Los policlínicos soviéticos (macrocentros de salud con múltiples especialistas)

La medicina general desapareció en la antigua Unión de Repúblicas Soviéticas (URRSS) y en los países de su órbita. El médico de cabecera persistió en lugares remotos pero en general lo que se ofreció fue un centro de salud con todo tipo de especialistas, lo que se llamó policlínico.

En el policlínico trabajaban pediatras, ginecólogos, internistas y otros muchos especialistas médicos y de enfermería que atendían a los pacientes según sus problemas de salud. Nadie tenía la misión ni la capacidad de reunir toda la información y de evitar la fragmentación del enfermo.

En la URRSS la pediatría tuvo una enorme relevancia, de forma que los estudiantes de medicina decidían en tercero si querían ser pediatras o “terapeutas” y seguían estudios específicos

(“Los servicios sanitarios en la URRS” 1965)

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41301/1/WHO_PHP_3_spa.pdf

Los policlínicos desaparecieron al caer la URSS en toda el área soviética. Se implantó de diversas formas el médico general y la atención primaria. En algunos países con gran acierto, como en Eslovenia. En otros, con desacierto como en Rusia.

En todo caso, la ideología de los centros de salud soviéticos se expandió por la Europa “occidental” en las décadas del 30 y 40 del siglo XX, como por ejemplo en el Reino Unido (“Polyclinics: haven’t we been there before?” 2008)

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2394590/>

Los policlínicos vuelven a estar de moda en el Reino Unido

En el Reino Unido se hizo un cambio revolucionario tras la Segunda Guerra Mundial y se implantó el Servicio Nacional de Salud (*National Health Service, NHS*), un sistema sanitario público de cobertura nacional. Los especialistas fueron indomables y conservaron grandes prebendas, y los médicos generales se integraron como profesionales independientes que contrataban con el SNS. Los médicos generales cobraban, y cobran, básicamente por capitación, según el tamaño de su lista, con otros pagos complementarios. Por ejemplo para afrontar la construcción y mantenimiento de sus centros de salud, de propiedad de los propios médicos.

Las reformas neo-conservadoras británicas, desde la “era Thatcher”, han convertido a los médicos generales en negociantes, por los fuertes incentivos monetarios que los gobiernan. Así, los médicos generales “principales”, los que tienen el contrato con el NHS, se unen en grandes centros de salud y emplean a médicos, enfermeras y administrativos que les permiten cumplir con los objetivos e indicadores mediante los que se les premia en un sistema de pago “por rendimiento” (P4P, pay for performance).

Cada vez hay más especialistas en el centro de salud, bien los propios médicos generales “con intereses especiales”, bien nutricionistas, podólogos y otros.

En 2008 triunfó la idea de grandes edificios (macro-centros) con médicos generales y otros muchos especialistas, incluyendo de ginecología, dermatología y cirugía para procesos menores (micro-especialistas), pese a su coste y falta de fundamento científico

(“Are Darzi-style clinics set to make a comeback?” 2013)

<https://www.bmj.com/content/346/bmj.f343>

En 2024 se consolidó el programa de Additional Roles Reimbursement Scheme (ARRS) con incentivos para introducir un total de 19 “perfiles profesionales”. El Informe Times también promueve el incremento del tamaño de los centros de salud, y ya hay un ejemplo, un mega-centro de salud en que convergieron 36 centros pequeños para agrupar a 200 médicos generales y a 275.000 pacientes

(“Update to the GP contract agreement 2023/24: financial implications” 2023)

<https://www.england.nhs.uk/long-read/update-to-the-gp-contract-agreement-2023-24-financial-implications/>

(“GP contract will reduce QOF and include nurses in ARRS, says Government” 2024)

<https://www.pulsetoday.co.uk/news/contract/gp-contract-will-reduce-qof-and-include-nurses-in-arrs-says-government/>

(“The Times Health Commission’s 10 recommendations to save the NHS”)

<https://www.thetimes.co.uk/article/the-times-health-commission-recommendations-nhs-dzhvfzbs6>

Los centros de salud británicos recuerdan cada vez más a los policlínicos soviéticos: macro-centros con micro-especialistas

¿Y en España? Bien, gracias

En España los centros de salud fueron siempre soviéticos, con sus equipos orgánicos según plantillas, no elección entre los miembros de los equipos, el pago por salario, la estructura jerárquica y la presencia de pediatras. Todo ha sido siempre muy militar en España como corresponde a una sociedad impregnada de ello por casi 40 años de dictadura militar.

Ahora se han añadido profesionales en la periferia, como especialistas en terminales, en urgencias y en avisos a domicilio y otros y se reclama añadir farmacéuticos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, ginecólogos, geriatras y más. Cada Comunidad Autónoma es peculiar campo fértil en este “regar” la atención primaria de especialistas, los llamados “nuevos perfiles profesionales”. Por ejemplo en Cataluña, en enfermería en atención primaria, lleva a haber la enfermera de pediatría, la de adultos no complejos, la de cronicidad avanzada, la gestora de casos, la de atención a domicilio y la de pacientes terminales en casa.

“Bajo el epígrafe de nuevos perfiles profesionales se engloba una amplia variedad de figuras con requisitos y funciones distintas: personal administrativo (gestores de salud, asistentes clínicos, administrativos asistenciales), de enfermería (gestoría de casos, enfermería de práctica avanzada en atención primaria), dietistas-nutricionistas, fisioterapeutas, farmacéuticos, agentes comunitarios de salud y profesionales de salud mental, entre otros

(“Nuevos perfiles profesionales: tiempo para la reflexión” 2023)

<https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-nuevos-perfiles-profesionales-tiempo-reflexion-S0212656723000124>

Al médico general/de familia se le ofrece el señuelo de ser “director de orquesta” (dirigir el orden y concierto del caos de mini-especialistas), y al paciente se le ofrece el señuelo del libre y directo acceso a esos micro-especialistas (“como en MUFACE”).

El resultado es la fragmentación de la atención que va en contra de la salud del paciente, de la equidad, del gasto en sanidad y de los médicos generales/de familia.

Lo que precisan los pacientes son profesionales “especialistas en la totalidad”, capaces en su rama de abarcar el conjunto del sufrimiento humano y de emplear apropiada y temporalmente el saber de los micro-especialistas (que trabajen como consultores para evitar su uso directo, excesivo y dañino).

En los centros de salud de atención primaria sobran todos los “nuevos perfiles”, y más los que carezcan de especialización en atención primaria.

Síntesis

El sistema sanitario debería ofrecer servicios sin fragmentación, que respondieran con sencillez y efectividad a los problemas complejos de los pacientes. Los macro-centros de salud llenos de micro-especialistas nos devuelven a prácticas obsoletas y ruinosas, en contra de lo mejor para los enfermos, profesionales y sociedad.